

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°
145

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DUMAS

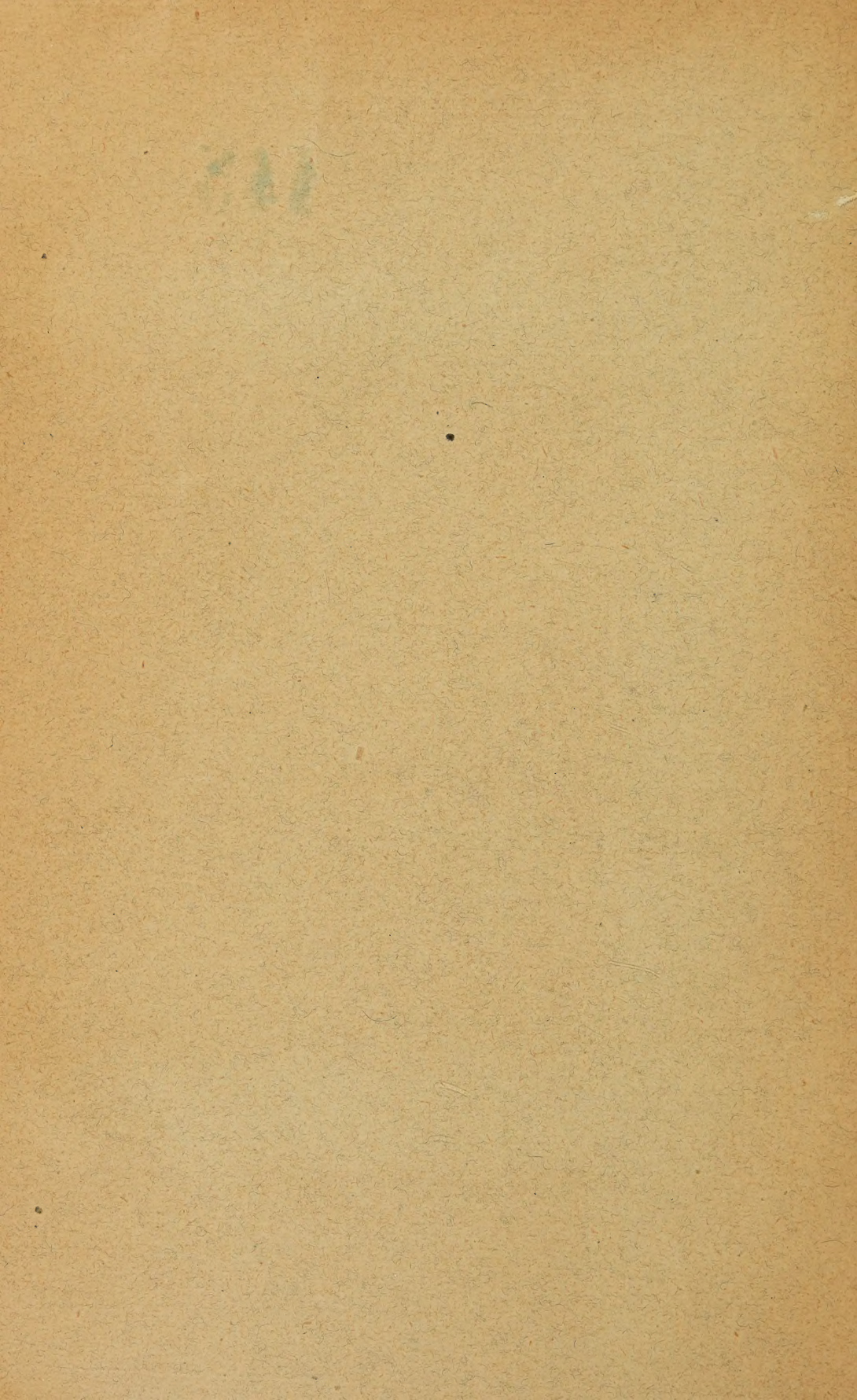
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
né le 20 septembre 1893, à Lédignan (Gard)

Contribution à l'Étude
des
Abouchements congénitaux
du Rectum
dans l'Urèthre masculin

Président de Thèse : M. le Professeur OMBREDANNE

IMPRIMERIE « LABOR »

8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV^e)



THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean DUMAS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
né le 20 septembre 1893, à Lédignan (Gard)

Contribution à l'Étude
des
Abouchements congénitaux
du Rectum
dans l'Urèthre masculin

Président de Thèse : M. le Professeur OMBREDANNE

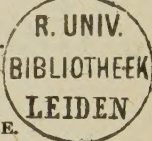
IMPRIMERIE « LABOR »

8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS (XV^e)

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique des maladies infectieuses.....	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale.....	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SERGENT.
Clinique propédeutique.....	ROUVIERE.
Professeur sans chaire.....	



II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale.....	BASSET.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIERE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale.....	BRULE.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale.....	CHIRAY.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique.....	I. de JONG.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.

Pathologie médicale.....	FIESSINGER.
Pathologie médicale.....	FOIX.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique.....	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale.....	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LHERMITTE.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale.....	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale.....	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET Fils.
Pathologie médicale.....	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale.....	VILLARET.
Ophtalmologie.....	VELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE *pour le service des examens*

	MM.
Pathologie médicale.....	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.

IV. AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE *à titre permanent*

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LOEPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.

Par déclaration en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
M. le Professeur OMBREDANNE

Professeur de clinique chirurgicale infantile
et orthopédique
Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de mon
respectueux attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

- 1920-21 M. le Docteur CAUSSADE.
1921-22 M. le Docteur André BERGE, *in mémoriam*.
M. le Docteur DEVRAIGNES.
1922-23 M. le Docteur LAUNAY.

Internat

- 1923-24 M. le Docteur FREDET.
1924-25 M. le Docteur LAUNAY.
M. le Docteur Robert MONOD.
1925-26 M. le Docteur LAPOINTE.
M. le Docteur CATHALA.
1926-27 M. le Professeur OMBREDANNE.
M. le Professeur MARION.

A MES MAITRES ET AMIS
les Docteurs J.-C. BLOCH, H. BENARD, G. HUC.

INTRODUCTION

Les abouchements congénitaux du rectum dans les formations anatomiques dépendant du cloaque sont bien connus dans le sexe féminin.

La plus fréquente de ces malformations est l'anus vulvaire. Il a fait l'objet de nombreux travaux, de telle sorte qu'il est facile de se faire une opinion nette sur son traitement par la simple lecture des ouvrages classiques.

Les abouchements anormaux du rectum dans les formations cloacales sont au contraire beaucoup plus rares dans le sexe masculin. De ce fait, ils ont été beaucoup moins bien étudiés, et leur traitement n'a jamais été nettement précisé. Nous verrons que, dans la cure de ces malformations certains chirurgiens conseillent de recourir à la voie périnéale, d'autres à la voie abdominale; que les uns proclament comme une nécessité absolue de libérer dès les premières heures de la vie le rectum de l'organe avec lequel il communique, alors que d'autres proscrivent cette manière de faire.

Nous essayerons, cependant, de dégager de notre travail et de l'analyse des observations recueillies une ligne de conduite de laquelle il nous semble préférable de ne pas s'écarter.

Laissant de côté les communications recto-vésicales que nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer, nous nous bornerons à étudier les communications recto-uréthrales dans le sexe masculin.

FREQUENCE

1° Fréquence absolue de la malformation

Les abouchements uréthraux du rectum constituent une malformation rare, mais que cependant tout chirurgien peut avoir l'occasion d'observer.

Les malformation ano-rectales s'observent une fois en moyenne sur 4.588 (Cripps) sur 11.000 (Trélat) sur 16.654 (Collin).

Or, d'après Curling, sur 100 malformations, il y aurait 28 abouchements uréthraux.

On les observerait donc une fois sur 20.000 ou 65.000 nouveaux-nés en moyenne.

Mais on conçoit la difficulté de pareilles statistiques, aussi ne donnons-nous ces chiffres qu'à titre documentaire.

En 1860, Bodenhamer en a rassemblé quarante cas ; en 1905, Grisel en relève 53. Nous même en rapportons 17 qui ne figurent pas dans les statistiques précédentes. Mais nous n'avons retenu que les observations assez complètes pour appuyer les conclusions de notre thèse. D'autres, plus brèves, ont été publiées par Arquellada, Graham, Schoo, etc...

Nous avons, en outre, la conviction qu'à mesure que les perfectionnements de technique rendront plus fréquent le succès des opérations pour imperforation ano-rectale, le nombre des publications augmentera.

Broca, en 1893, avait rencontré lui-même trois enfants atteints d'abouchement urétral du rectum.

Notre maître, le professeur Ombrédanne, en a observé le même nombre. Parmi ceux-ci, deux ont fait l'objet d'un simple examen et ne figurent pas dans notre travail. Ils avaient subi, à la naissance, l'opération d'Amussat et gardaient une fistule recto-urétrale ne déterminant que des troubles légers.

2° Fréquence relative par rapport aux abouchements vésicaux

Par rapport aux abouchements vésicaux du rectum, les abouchements urétraux s'observent dans la proportion de 4 pour 1. C'est du moins le chiffre donné par Grisel, dont la statistique porte sur 84 cas. Encore faut-il remarquer que dans 18 observations, où la communication est présumée vésicale, l'autopsie n'a pas été faite. Or, nous verrons qu'il est très difficile d'affirmer cliniquement si la communication se fait avec la vessie ou la portion supérieure de l'urèthre.

Keith, qui en 1908 a réuni une documentation précieuse en inventoriant les musées et hôpitaux de Londres, n'a vu qu'une fois un abouchement vésical.

3° Fréquence des communications congénitales recto-urétrales en dehors des abouchements anormaux

On peut dire que, en pratique, ces communications ne s'observent jamais en dehors des abouchements anormaux.

Nous ne nions pas, cependant, leur possibilité. Harris

a pu en recueillir 3 observations chez des malades présentant une absence complète de pénis. De même, il est classique de dire qu'en cas d'imperforation du méat urinaire, l'urèthre peut déboucher dans le rectum. Pourtant, cette malformation nous a paru exceptionnelle.

Dans sa thèse d'agrégation, Guyon n'en signale qu'un cas rapporté par Allan. — C'est ce même cas d'Allan que nous retrouvons dans la thèse plus récente de Bigaud, sur les occlusions du méat urinaire. L'observation III de cette thèse mentionne bien une communication recto-urinaire analogue, mais il semble qu'elle ne se produit que plusieurs jours après la naissance, à la faveur de l'énorme distension provoquée par la rétention d'urine.

Plus intéressante est l'histoire rapportée succinctement par Morestin au Congrès de chirurgie de 1901 d'un enfant qui présentait une communication recto-uréthrale congénitale. L'enfant, âgé de 8 ans, rendait toutes ses urines par le rectum et avait des mictions anales volontaires et complètement indépendantes des selles. Cependant le cathétérisme de l'urèthre était possible, une sonde n° 4 pouvant être introduite jusque dans la vessie.

Cette courte observation présente une lacune : l'absence d'antécédents; or, nous savons que, dans les cas favorables, un anus périnéal artificiellement créé peut avoir un aspect normal et l'interrogatoire des parents aurait peut-être appris que l'enfant avait été opéré à la naissance d'une imperforation anale.

Concluons donc que chez tout malade porteur d'une fistule congénitale recto-uréthrale, on devra penser à

un abouchement anormal du rectum, dont il sera aisé de faire la preuve en recherchant si une opération d'Amussat n'a pas été pratiquée dans les premiers jours de la vie.

CHAPITRE II

EMBRYOLOGIE

Quelques notions embryologiques sont indispensables pour comprendre la pathogénie des malformations recto-uréthrales. Nous nous bornerons à un exposé très court et schématique des données classiques fondamentales.

1° Formation du rectum et de l'urèthre postérieur

Le rectum dérive de l'intestin caudal. C'est d'abord une sorte de cul de sac, l'aditus postérieur, qui s'est isolé du tube médullaire avec lequel il communiquait primitivement. Bientôt se détachent 2 prolongements : l'un sans intérêt s'oblitérera complètement : c'est l'intestin postanal ; l'autre, au contraire, formera plus tard la vessie et la partie postérieure de l'urèthre masculin : c'est l'allantoïde.

Ainsi, d'une façon précoce, et dès le 13^e jour de la vie embryonnaire, les futures voies urinaires inférieures et le rectum débouchent dans une cavité commune, le cloaque qui ne se cloisonne que secondairement.

Ce cloisonnement ne commence, en effet, que dans le 2^e mois. Il serait dû, d'après Tourneux, à la descente entre rectum et allantoïde d'une lame mésodermique, l'éperon périnal. En réalité, il est réalisé par deux replis

verticaux, les replis de Rathke qui, détachés des parois latérales du cloaque, s'avancent l'un vers l'autre comme des rideaux. Lorsque leur fusion s'est effectuée, le cloaque est divisé en deux compartiments : l'un postérieur, intestinal, est l'ampoule rectale; l'autre antérieur, urinaire, prend le nom de sinus urogénital, car c'est à son niveau que les conduits génitaux sont venus déboucher.

2° Formation de l'anüs et de l'urèthre antérieur

Le cloaque est d'abord une cavité close. Mais sa paroi antérieure constitue un point faible formé par le simple accollement de l'épithélium endodermique du tube digestif à l'ectoderme invaginé à sa rencontre.

Elle se résorbe plus tard et laisse, par suite du cloisonnement du cloaque, deux orifices : l'un postérieur est l'anüs, l'autre antérieur est la fente uro-génitale autour de laquelle se développent les organes génitaux externes dont les modifications entraîneront la formation de l'extrémité distale de l'urèthre.

PATHOGENIE

Il est facile, maintenant, de comprendre la pathogénie des malformations que nous étudions : un arrêt dans le cloisonnement du cloaque entraînera un abouchement du rectum dans les formations développées aux dépens du sinus uro-génital : vessie ou urèthre postérieur. L'imperforation anale s'associe à cet arrêt de développement, sans que l'on puisse dire si elle est primitive ou secondaire.

Notons, en passant, que seule la description de Rathke nous fournit une explication plausible de la possibilité de l'abouchement du rectum dans la vessie aussi bien que dans l'urèthre.

Si les replis latéraux arrivent au contact à la partie inférieure du cloaque, tandis qu'ils restent éloignés à la partie supérieure, l'abouchement sera vésical. Si au contraire la fusion ne se produit qu'à la partie supérieure, l'abouchement sera urétral.

En admettant, au contraire, le cloisonnement du cloaque par descente de l'éperon périnéal, on comprendrait mal que le cloisonnement puisse se faire seulement à la partie inférieure.

Quant à la cause exacte de l'arrêt de développement, elle est inconnue.

On a naturellement incriminé la syphilis, l'alcoolisme des ascendants comme dans toutes les autres malformations congénitales.

L'hérédité semble jouer un certain rôle : Hadra a signalé une famille dont six membres étaient atteints de malformations ano-rectales.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etat de l'anus et du périnée

Au point de vue anatomo pathologique, un fait se dégage tout d'abord, c'est que l'abouchement urétral du rectum s'accompagne presque toujours d'atrésie anale.

Dans sa statistique, qui porte sur 44 cas, Favier n'a pas constaté trace d'anus 32 fois ; 8 fois il en existait des traces, 4 fois l'anus était bien conformé. Les chiffres donnés par Anne sont plus démonstratifs encore : sur 9 cas nouveaux, l'anus manquait complètement 7 fois et une seule fois il était bien conformé.

Dans la grande majorité des cas, il y a donc absence complète d'anus. Souvent, le raphé médian du scrotum se prolonge des bourses jusqu'au coccyx sous forme d'une crête saillante. D'autres fois, il existe à la place de l'anus une légère saillie, un tubercule rougeâtre (Verneuil) plus rarement une fossette peu profonde. Exceptionnellement, l'anus paraît normal, mais le doigt est arrêté à 1 ou 2 cm. (Pieri).

En général, la malformation ne porte pas seulement sur le rectum et sur l'anus, mais sur les tissus et organes voisins. C'est en effet une véritable loi de pathologie infantile sur laquelle insiste notre maître, le professeur Ombrédanne, que tout arrêt ou retard de développe-

ment ne porte pas sur un organe ou une partie d'organe, mais sur toute une région anatomique. Il y a toujours une véritable aplasie régionale qui se traduit dans la malformation que nous étudions par des troubles profonds dans la constitution musculo-aponévrotique du périnée : le sphincter externe est souvent absent, le releveur de l'anus peut manquer. Le squelette même peut être touché : il y a parfois absence du coccyx ou d'une ou plusieurs vertèbres sacrées.

Lorsque le sphincter existe, il n'est, d'après Goyrand, ni annulaire ni elliptique : il est constitué par un faisceau de fibres charnues parallèles, s'étendant du sommet du coccyx à l'intersection aponévrotique qui le sépare du bulbo-caverneux. Cette disposition est intéressante à connaître, car elle justifie, lors de l'intervention, l'incision sagittale partant de la pointe du coccyx pour aboutir au raphé du scrotum.

Dans les imperforations ano-rectales simples, sans abouchement anormal, on sait qu'il existe souvent un cordon fibreux qui, parti de la fossette anale, gagne l'ampoule rectale. En cas d'abouchement anormal, il n'a été signalé qu'une fois (Obs. 13).

Reprenant méthodiquement l'étude anatomique de la communication recto-urétrale, nous étudierons successivement son siège, sa longueur, son calibre.

SIEGE DE LA COMMUNICATION RECTO-URETHRALE

1° Du côté intestinal,

Le canal de communication part, en général, chez le

nouveau-né, du point déclive : il continue le rectum dont l'extrémité inférieure est conique. Plus rarement, le rectum se termine en ampoule, et le canal aboutit un peu au-dessus (Obs. II).

Notons que le rectum est toujours dilaté. La dilatation est d'autant plus marquée que la communication est étroite. Elle peut avoir pour résultat d'appliquer le col vésical contre la symphyse pubienne, ce qui provoque une rétention d'urine (Cathala).

Chez l'enfant qui a subi l'opération d'Amussat avec descente et fixation du rectum au périnée, l'orifice rectal de la communication est situé sur la face antérieure du rectum, à une distance variable de l'anus artificiellement créé : de 2 à 5 cm. environ. Souvent, il est difficile à voir et masqué par des replis de la muqueuse. Il se présente soit comme un orifice arrondi, soit comme une fente verticale, soit comme une saillie semblable à celle d'un col utérin.

2° Du côté de l'urèthre,

Le siège est toujours sur l'urèthre postérieur. Jamais l'orifice uréthral n'a été vu au delà du bulbe, écrit Trélat.

D'après Favier, en 1872, pour 10 fistules recto-uréthrales congénitales l'orifice uréthral est situé :

5 fois sur la portion membraneuse;

3 fois sur la portion prostatique;

2 fois sur une portion intermédiaire.

Les statistiques d'Anne, de Grisel, la nôtre donnent des résultats identiques.

D'après ce que nous savons déjà de la rareté relative des abouchements vésicaux nous concluerons donc avec

Keith que dans la majorité des abouchements du rectum dans les voies urinaires, la communication est accessible par voie périnéale : elle est située en général au-dessous du véru montanum et s'étend plus ou moins sur la région membraneuse.

Longueur du canal de communication

La longueur du canal de communication recto-urétral est extrêmement variable et il en résulte deux dispositions essentielles très différentes au point de vue pratique :

1° Parfois le rectum est dilaté en ampoule et arrive au contact de l'urèthre de telle sorte que les deux organes communiquent directement par un pertuis sans canal intermédiaire.

Dans ce cas l'ampoule rectale est toujours très basse : elle est facile à abaisser et à fixer au périnée. Mais la cure de la malformation est plus délicate : si l'on incise transversalement le périnée en avant du rectum dans le but de supprimer le trajet recto-urétral, on risque de sectionner l'urèthre qui va jusqu'au contact de l'ampoule rectale.

Cette disposition existait dans notre observation 20, mais une incision partielle et prudente de ce qu'on pensait être le canal de communication permit de se rendre compte des dispositions anatomiques exactes et d'éviter une erreur importante.

2° Plus souvent la communication recto-urétrale est ou paraît établie par un canal intermédiaire étroit dont la longueur peut atteindre 2, 3 cm. et même davantage.

Dans certains cas ce canal peut n'être qu'un aspect réalisé passagèrement par la traction exercée sur le rectum ou l'urèthre qui arrivent en réalité au contact. Mais plus souvent le canal a une réalité anatomique indiscutable.

Dans notre observation 16 nous voyons que, parti de l'ampoule rectale haut située, il contourne le bas fond vésical dans le triangle interdéférentiel et s'enfonce en bas dans la prostate avec les canaux déférents pour pénétrer dans l'urèthre au voisinage du véru.

Il résulte de cette disposition que la libération de l'urèthre et du rectum sera facile lors d'une intervention. Par contre le pronostic sera moins favorable à la naissance du fait de la hauteur parfois considérable où se trouve l'ampoule rectale. Nous verrons toutefois que celle-ci dans l'immense majorité des cas est accessible par voie périnéale.

Ajoutons en outre que, quelle que soit la variété de la communication, elle est toujours sous-péritonéale. Le cul de sac est en effet très haut mais non inaccessible et l'observation 4 nous montre la possibilité de son ouverture.

Calibre de la communication

Le calibre de la communication recto-urétrale est en général peu considérable.

On a même signalé des cas où celle-ci était si étroite qu'elle ne laissait passer que des parcelles insignifiantes de matières ou même rien du tout (obs. 16). Elle n'est

alors reconnue qu'à l'autopsie ou quelque temps après la naissance lorsque l'opération d'Amussat a été pratiquée.

Presque toujours, cependant, la communication a un calibre variant de 1 à 3 millimètres. L'issue de méconium se fait dès la naissance et les accidents d'occlusion n'éclatent que tardivement lorsque les matières deviennent moins liquides.

Ce n'est que bien rarement que le calibre est suffisant pour permettre l'évacuation à peu près normale du rectum, mais le fait a été signalé par Flajani, Fournier, Boyer, etc...

Association à d'autres malformations

Disons enfin que l'abouchement anormal du rectum est souvent associé à d'autres malformations; les plus fréquentes portent sur l'appareil urinaire : hypospadias (observations 2 et 14), rein unique (observations 4 et 17), ectopie testiculaire; et aussi communication œsophago-trachéale (Tarnier), pieds-bots, bec de lièvre, etc...

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE ET EVOLUTION

Etude clinique

On peut observer les abouchements uréthraux du rectum dans deux conditions différentes : soit dès le moment de la naissance, soit quelques années après, lorsqu'un anus artificiel a été créé.

A la naissance la malformation est bien facile à reconnaître grâce à l'absence d'anوس et à l'issue de méconium par le méat. Cependant elle peut passer quelque temps inaperçue lorsque l'enfant n'est pas examiné avec soin : les langes de l'enfant étant souillés l'attention n'est nullement attirée sur la région anale. Dans l'observation 12 ce n'est que le troisième jour que la sage-femme s'aperçut de l'absence d'anوس.

Plus souvent l'issue de méconium est constaté plus précocement, soit qu'il sorte sous forme d'un boudin noirâtre, soit qu'il souille simplement le méat.

Lorsqu'une miction se produit, elle chasse au premier jet les matières qui la colorent, puis devient parfaitement limpide.

Toutefois, lorsque l'orifice de communication est situé au-dessus du sphincter strié, le sphincter interne peut être forcé : le méconium passe alors dans la vessie et

les urines sont colorées pendant toute la durée de la miction.

C'est dans ces cas qu'il peut être très difficile de dire si l'abouchement est vésical ou uréthral. En dehors de l'argument de fréquence très en faveur de l'abouchement uréthral, on peut recourir au cathétérisme que conseille Trélat.

Si la sonde, enfoncée jusqu'au ras du col vésical exclusivement ramène dans ses yeux quelques parcelles de méconium, on pourra en conclure que l'abouchement est uréthral.

L'absence de toute souillure ne permet pas cependant de conclure que la communication est vésicale car le passage de méconium dans l'urètre peut être intermittent.

Evolution spontanée de la malformation

Quand il n'y a pas d'orifice anal, ce qui est une règle presque absolue, l'évolution de la malformation abandonnée à elle-même dépend avant tout du calibre de la communication. On peut cependant admettre qu'en pratique il est toujours insuffisant et que la mort par occlusion n'est qu'une question de jours.

Il ne faut pas compter sur les cas de survie prolongée ou même définitive (cas de Hawkins) que l'on a pu signaler. Même dans les conditions les plus favorables les matières cessent de passer dès qu'elles deviennent solides, ou bien le trajet recto-uréthral est obstrué par un corps étranger : un noyau de cerise (Flajani), un fève de marais (Fournier), un fragment d'os (Fergusson).

**Evolution de la malformation après création
d'un anus périnéal**

Il faut donc de toute évidence opérer ces enfants et parer à l'occlusion par la création d'un anus artificiel. C'est ce qui a été fait dans la plupart des observations publiées depuis 50 ans.

Souvent même l'intervention est pratiquée pour l'imperforation anale sans que l'abouchement soit soupçonné. Nous avons dit en effet que la communication recto-urétrale était souvent très étroite. Elle peut n'avoir aucun symptôme révélateur surtout si l'anus est créé avant que ne se produisent les accidents d'occlusion avec efforts violents de l'enfant. Dans les jours et les semaines qui suivent, le cours des matières étant largement assuré on ne remarque rien d'anormal, puis tardivement se manifestent les signes d'une fistule recto-urétrale.

On constate alors les symptômes habituels d'une fistule recto-urétrale.

Presque toujours l'urine s'écoule par le rectum : c'est le trouble le plus gênant.

Parfois l'écoulement est intermittent : c'est au moment de la miction que l'urine sort par l'anus (obs. 20) et il est logique d'admettre que dans ces cas le rectum s'abouche dans l'urèthre au-dessous du sphincter externe. D'autrefois l'écoulement est continu : l'abouchement est alors probablement situé au-dessus du sphincter. Le passage constant des urines par le rectum entretient une diarrhée persistante et nécessite de grands soins de propreté si l'on veut éviter l'irritation de la région anale.

Le passage des matières par l'urètre est un peu moins souvent signalé. Parfois des gaz sont seuls émis par le méat au moment des efforts ; plus fréquemment des matières passent également par l'urètre surtout à l'occasion d'une crise de diarrhée (obs. 2).

Enfin des corps solides peuvent s'engager dans le trajet recto-urétral ; ils peuvent provoquer alors une rétention d'urine ou bien leur expulsion par le méat n'est obtenue qu'au prix de vives douleurs. Les pépins de raisins, en raison de leurs petites dimensions, sont la cause la plus habituelle de ces accidents.

Complications secondaires dues à l'existence d'une fistule recto-urétrale

Somme toute, nous voyons que les troubles provoqués par la fistule recto-urétrale ne constituent pas une infirmité considérable.

Ceci est d'autant plus vrai qu'ils sont susceptibles de diminuer ou même de disparaître pendant des mois ou des années au point de faire croire à tort à une guérison définitive.

Quant aux accidents d'infection urinaire, nous ne les avons vu signalés dans aucune observation. Nous ne pouvons donc souscrire à l'opinion de Kirmisson qui les considère comme inévitables et en tire, au point de vue du traitement, des conclusions diamétralement opposées aux nôtres.

Il cite bien le cas de Marquis (obs. 15), où 3 mois après l'établissement d'un anus périnéal la mort survint après plusieurs élévations de température à 39°, mais rien

dans l'observation ne permet de conclure qu'il s'agissait d'infection urinaire. Le cas personnel de Kirmisson (obs. 17) n'est pas non plus bien démonstratif.

En cherchant bien nous n'avons relevé, outre ces deux observations, que l'histoire du malade de Steel et de Williamson où les lèvres de l'orifice recto-urétral ulcérées furent le point de départ d'une infiltration d'urine mortelle.

Beaucoup plus fréquentes au contraire sont les observations où nous voyons la fistule recto-urétrale remarquablement tolérée.

En particulier dans nos observations 2, 3, 5, 7, 9, 14, 20, l'enfant n'a jamais présenté aucun signe d'infection urinaire, jamais de cystite. Les urines ont toujours été claires et limpides.

Nous verrons les déductions à en tirer à propos du traitement.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'abouchement urétral du rectum est dominé par le fait qu'il y a toujours absence d'anus. Il est à peu près le même que celui de l'imperforation et, après intervention, l'enfant reste exposé aux mêmes accidents : rétraction cicatricielle de l'anus créé, incontinence des matières, etc...

Pour Kirmisson « ce qui fait la gravité des opérations dirigées contre l'imperforation anale, c'est l'abouchement fréquent dans l'urètre. »

Nous souscrivons plus volontiers à l'opinion exprimée par Cathala qui considère au contraire le passage de

méconium par l'urètre comme un élément de pronostic favorable. « C'est, en effet, écrit-il, l'indice d'un cloaque incomplètement cloisonné ; on doit donc trouver l'ampoule rectale bas situé sur le plancher périnéal. C'est l'indice également que le travail de regression de l'intestin caudal n'a pas envahi la portion terminale de l'intestin qui constitue le rectum. L'opérateur n'a donc pas à craindre de trouver un rectum atrésié ou converti en un cordon fibreux, anomalie qui est la cause la plus fréquente des échecs de l'opération d'Amussat. »

Quant au pronostic éloigné il est évidemment assombri par l'existence de la communication recto-urétrale. Encore s'agit-il là d'une lésion souvent compatible avec une existence à peu près normale ou en tous cas parfaitement curable.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

L'abouchement urétral du rectum jadis considéré comme au-dessus des ressources de la thérapeutique a fait l'objet de nombreuses tentatives depuis les progrès accomplis par la chirurgie moderne. Toutes n'ont pas été heureuses. C'est qu'il s'agit, en effet, d'un problème extrêmement complexe, tant en ce qui concerne la nature exacte de l'intervention que la voie d'abord. Nous allons essayer cependant de déduire un traitement précis de l'analyse des cas opérés et de la recherche de la cause des échecs.

Nécessité de la création d'un anus artificiel

En présence d'un nouveau-né présentant un abouchement urétral du rectum une chose nous paraît d'abord indiscutable : il faut d'urgence établir un anus artificiel.

Même s'il n'existe aucun accident menaçant, on doit considérer que l'abouchement anormal deviendra rapidement insuffisant.

Il faut donc opérer, et opérer sans tarder car dans les deux ou trois premiers jours de la vie l'enfant offre une remarquable résistance au choc opératoire.

Supériorité de l'anus périnéal

Nous ne prétendons pas refaire l'historique des discussions sur l'opportunité d'un anus inguinal, lombaire ou périnéal.

Aujourd'hui l'hésitation n'est plus permise. Dans tous les cas d'imperforation ano-rectale, la supériorité de l'anus périnéal est nettement établie et les autres procédés ne subsistent que comme des opérations d'exception.

Il n'y a pas de raisons pour que l'existence d'un abouchement anormal modifie la conduite du chirurgien. Aussi sommes-nous étonnés du nombre d'interventions relativement récentes où l'on jugea bon de recourir à la laparotomie et à l'anus iliaque. Le résultat ne s'est du reste jamais fait attendre : dans nos observations 8, 11, 16, 18, l'enfant a succombé rapidement.

Ce n'est donc qu'après échec de la voie périnéale que l'on pourra être autorisé à tenter une laparotomie ou une simple colostomie. Encore faut-il savoir que dans la plupart des cas où l'incision périnéale n'avait pu permettre de découvrir l'ampoule rectale la laparotomie et plus souvent l'autopsie ont montré que la recherche aurait pu donner un meilleur résultat avec un peu plus de persévérance.

Quant à l'opération de Mac Cléod, laparotomie initiale, abaissement du rectum, anus périnéal, elle a pu donner quelques résultats heureux dans la cure des imperforations, mais elle nous paraît plus dangereuse que l'opération exclusivement périnéale d'Amussat, au moins dans les cas d'abouchement anormaux. Elle a valu un échec à Grisel dans un cas d'abouchement vésical, un autre à

Kreiss (observ. 18), sans que nous ayions jamais enregistré de succès à son actif.

Conduite à tenir envers la communication recto-urétrale

Faut-il dès la naissance séparer le rectum de l'urètre ou au contraire laisser provisoirement persister la communication ?

Anders en 1893 a nettement posé en principe que le devoir du chirurgien était de remédier immédiatement à la fistule recto-urétrale.

Kirmisson qui considère l'infection urinaire comme inévitable soutient la même thèse. Il attribue en effet l'échec de Marquis, dans l'observation 13, au fait que la fistule a été respectée et conclut : « Il faut absolument ne pas se contenter d'ouvrir l'ampoule rectale et se comporter comme pour l'anus vulvaire, c'est-à-dire fermer l'orifice anormal et abaisser le rectum de façon à éviter la reproduction de la difformité. »

L'observation 10 de Grisel est la preuve que cette tentative peut être couronnée de succès.

Si au cours de l'intervention la communication recto-urétrale est découverte et paraît facile à supprimer nous pensons donc qu'il n'y a aucun inconvénient à procéder ainsi.

Mais nous avons vu que les troubles provoqués par une fistule recto-urétrale étaient en pratique sans gravité et qu'en particulier l'infection urinaire était une exception. Aussi nous semble-t-il préférable, pour peu que la communication recto-urétrale ne se présente pas d'emblée, de suivre le conseil de prudence de Broca

et de recourir à la simple incision de l'ampoule ; il n'est pas en effet anodin de prolonger chez un nouveau-né, et sans nécessité absolue, un acte opératoire souvent délicat.

Plus tard pourra se poser la question de la cure de la fistule recto-urétrale.

Les troubles en sont cependant si légers que bien des malades la supportent facilement. Dans l'observation 2, l'enfant, suivi jusqu'à l'âge de 18 ans, faisait à ce moment le rude métier d'agriculteur, et ne se plaignait d'aucune gêne importante.

Dans les classes sociales plus élevées, il nous a semblé que l'intervention était plus souvent demandée, soit que les parents ne veuillent pas voir subsister chez leur enfant une infirmité malpropre, soit qu'ils redoutent pour lui l'infécondité. Bien que nous manquions de renseignements à ce sujet (en dehors d'une courte observation d'Auvray, au Congrès de chirurgie de 1899), il est, en effet, logique d'admettre que l'existence d'une fistule trouble l'éjaculation et qu'au moins une partie du sperme peut passer dans le rectum.

L'intervention ne présentant aucun danger, on n'hésitera donc pas à la conseiller.

TECHNIQUE

I

Technique de l'intervention à pratiquer dès la naissance

Nous décrirons les choses telles qu'elles se présentent

au cours de l'intervention l'enfant *étant placé en position de taille* : uréthre en haut, rectum en bas.

1° Sans anesthésie on incise verticalement le périnée sur la ligne médiane de l'uréthre périnéal au coccyx;

2° On recherche ensuite l'ampoule rectale en suivant la concavité sacrée et dans la direction de la symphyse sacro-iliaque gauche. Cette recherche est rendue parfois délicate en raison de la vacuité relative de l'ampoule qui s'évacue partiellement par l'uréthre. On aura souvent intérêt alors à utiliser le procédé employé par Duret dans l'observation 3 : un stylet sera introduit par l'uréthre jusque dans le rectum; en faisant basculer son extrémité externe on fera saillir l'extrémité interne qui sera facilement perçue dans l'ampoule rectale;

3° L'ampoule rectale découverte est isolée avec précaution en battant de cloche et son fond est incisé verticalement de haut en bas dans toute son étendue. Les lèvres de l'ouverture sont repérées à mesure à l'aide de pinces placées de centimètres en centimètres. Lorsque le méconium s'est écoulé ou a été évacué à l'aide de tampons, on aperçoit l'intérieur de la cavité du rectum et on peut examiner les parois rectales. La communication est située sur la paroi supérieure mais elle est généralement invisible;

4° On introduit alors une bougie filiforme dans l'uréthre.

Trois cas peuvent se présenter.

Premier cas :

La bougie arrive dans le rectum où on la découvre facilement et ne peut être introduite dans la vessie. C'est ce qui arrive le plus souvent.

On peut en conclure que la bougie après avoir suivi l'extrémité distale de l'uréthre a pénétré dans un canal de communication recto-urétral plus ou moins long. Rien n'indique la situation de l'extrémité vésicale de l'uréthre.

La cure de la malformation serait longue et complexe. Le temps presse. Il n'y a qu'à terminer rapidement en fixant les lèvres de la muqueuse rectale à la peau.

C'est en somme l'opération classique d'Amussat pour imperforation ano-rectale.

Deuxième cas :

La bougie pénètre dans la vessie mais ne peut être vue par le rectum :

C'est qu'il existe un canal de communication étroit dans lequel la bougie n'a pas pénétré et dont la découverte serait laborieuse.

Ici encore il ne faut pas insister et terminer rapidement comme dans le cas précédent.

Troisième cas :

La bougie arrive dans le rectum où on la voit apparaître sur la paroi supérieure ; puis presque aussitôt elle pénètre dans un nouveau trajet ascendant pour gagner la vessie. On peut en conclure qu'il y a contact direct entre rectum et uréthre sans trajet intermédiaire. Un pertuis ouvert dans la face antérieure du rectum fait communiquer les deux organes. C'est à son niveau qu'on aperçoit la sonde lorsqu'on examine l'intérieur de la cavité rectale. Souvent un repli de la muqueuse représente au-dessus ou au-dessous de lui les débris de la cloison recto-urétrale arrêtée dans son développement.

Dans ce cas, et dans ce cas seulement, la cure immé-

diate et complète de la malformation est possible facilement et on peut essayer de la réaliser.

En tirant en haut sur les pinces qui repèrent la partie supérieure de l'ouverture faite à l'ampoule rectale on attire la paroi supérieure du rectum qui se plie sur elle-même. Elle apparaît alors divisée en deux versants :

Un versant supérieur urinaire où est visible la sonde et qui du fait de la traction regarde presque directement en avant (U figure 1).

Un versant inférieur intestinal qui regarde en bas et limite le contour supérieur de l'ampoule rectale (R fig. 1).

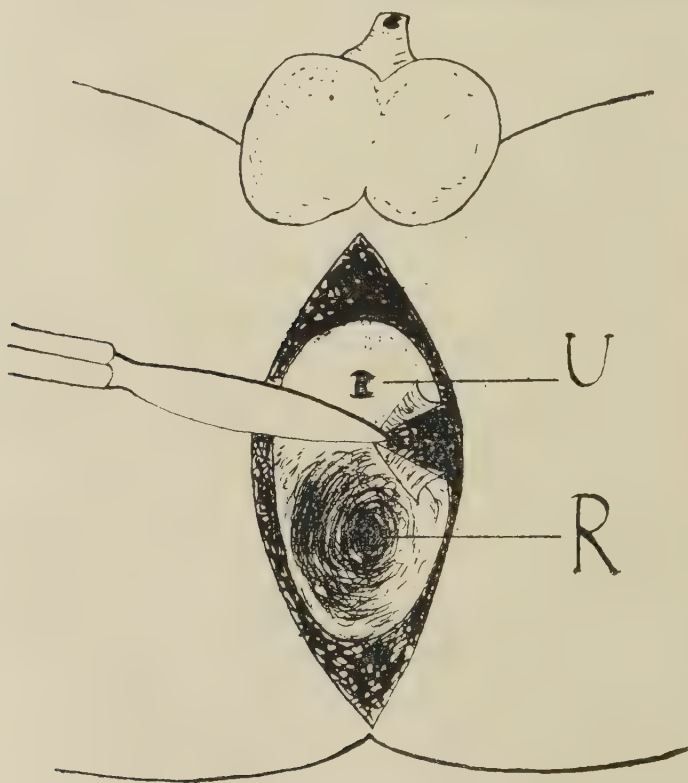


FIGURE 1.
Vue schématique de la région en position opératoire.

Entre les deux versants se dessine un repli transversal plus ou moins artificiellement créé par la traction. On incise horizontalement la muqueuse rectale sur toute l'étendue de ce repli le plus loin possible de la sonde et on repère à mesure les lambeaux (figure 1).

Lorsque la section est achevée il est possible de grouper toutes les pinces en deux faisceaux, un supérieur qui entoure l'orifice de la fistule recto-urétrale, l'autre inférieur qui repère l'ouverture de l'ampoule rectale libérée désormais de ses connexions avec l'urètre.

On ferme alors l'urètre et pour cela le plus simple est de passer un fil autour des extrémités rassemblées des pinces qui repèrent la muqueuse rectale autour de l'orifice de la fistule. Comme la sonde est toujours en place, il n'y a pas à craindre d'oblitérer l'urètre.

e) Le rectum est enfin libéré en arrière à l'aide des ciseaux mousses, abaissé puis suturé à la peau à la place habituelle de l'anus.

Un drain est placé entre le rectum et l'urètre, et le périnée est fermé jusqu'à son voisinage.

Telle est la technique qui a été employée à peu de chose près par Grisel en 1905. On voit qu'elle ne présente pas de sérieuses difficultés, mais elle demande des conditions anatomiques qui sont loin d'être toujours réalisées.

II

Technique de la cure secondaire de la fistule recto-urétrale

Si la question de la cure radicale de la fistule recto-urétrale se pose, chez un jeune enfant ayant subi anté-

rieurement l'opération d'Amussat, on ne l'entreprendra pas avant l'âge de 4 ou 5 ans. Plus jeune, en effet, l'enfant serait trop indocile, et la sonde à demeure, qui est toujours difficilement supportée, ne pourrait être employée. Plus âgé, il garderait davantage le souvenir d'une infirmité désagréable et celui d'opérations pénibles intéressant les organes génitaux.

*Critique des différents procédés utilisés pour cure
des fistules recto-uréthrales*

Il est nécessaire de faire un choix dans les nombreux procédés décrits pour la cure des fistules recto-uréthrales. Parmi ceux-ci, le premier dont nous parlerons est celui d'Astley Cooper qui fixe deux points importants de la technique : la voie d'accès périnéale et l'isolement par tamponnement de l'urèthre et du rectum. Bientôt nous voyons proposer la suture d'un ou des deux orifices rectal et uréthral (Dittel). Mais les résultats demeurent inconstants car la suture rectale s'infecte presque fatalement. Aussi cherche-t-on à éloigner le plus possible les sutures rectale et uréthrale et à détruire le vis-à-vis et le contact des deux orifices obturés séparément.

Ziembicki, au Congrès de chirurgie de 1889, propose d'imprimer dans ce but un mouvement de rotation au rectum. Young et Stones, Gayet préconisent, au contraire, par des techniques différentes l'abaissement de la muqueuse rectale située au-dessus de la fistule. Michon interpose la peau périnéale.

Ce sont là des opérations longues, délicates qui ont été conseillées pour les fistules d'origine traumatique ou

inflammatoire avec perte de substance étendue et altérations profondes des tissus périnéaux.

Or, il ne nous faut pas perdre de vue que chez l'enfant la communication recto-urétrale est toujours relativement étroite et les parois rectale et urétrale parfaitement souples. Pour ces raisons, notre préférence va au procédé décrit par le professeur Lejars en 1893, employé par Reverdin de Genève en 1901 et plus récemment par notre maître le Professeur Ombredanne, chez l'enfant de notre observation 20.

Outre sa rapidité et sa simplicité, il a l'avantage d'avoir été utilisé pour des cas de fistules congénitales et de l'avoir été toujours avec succès.

Il est cependant impossible de ne pas discuter aujourd'hui l'opportunité d'une cystostomie de dérivation ; c'est, en effet, une opération employée à peu près systématiquement par la majorité des chirurgiens spécialisés en urologie dans le traitement des fistules recto-uréthrales. Elle a le gros avantage de mettre le champ opératoire à l'abri du contact des urines. Mais c'est une opération relativement importante qui expose l'enfant à des souillures répétées, et l'expérience prouve qu'elle n'est nullement nécessaire.

Procédé de Lejars

a) Position de taille. Mise en place d'une sonde urétrale : Un spéculum est introduit dans l'anus après débridement postérieur. Une sonde est engagée dans l'urèthre. Lorsqu'elle apparaît dans le rectum, on la saisit et on l'attire hors de l'anus. Le spéculum est retiré.

b) Incision périnéale transversale d'un ischion à l'au-

tre, en suivant de près la paroi rectale, jusqu'à obtenir de contact de la sonde.

c) Incision prudente du canal intermédiaire qui renferme la sonde. En faisant bailler les deux lèvres de la plaie, on regarde par quel côté arrive l'urine.

Si elle arrive par l'extrémité supérieure de la plaie, on est bien sur un canal de communication en arrière de l'urèthre (Trajet A figure II) et on l'incise complètement. Si elle arrive par l'extrémité inférieure, c'est qu'on est trop en avant, sur l'urèthre même (Trajet B, figure II). Il faut alors se reporter plus en arrière en incisant verticalement sur la saillie perceptible de la sonde.

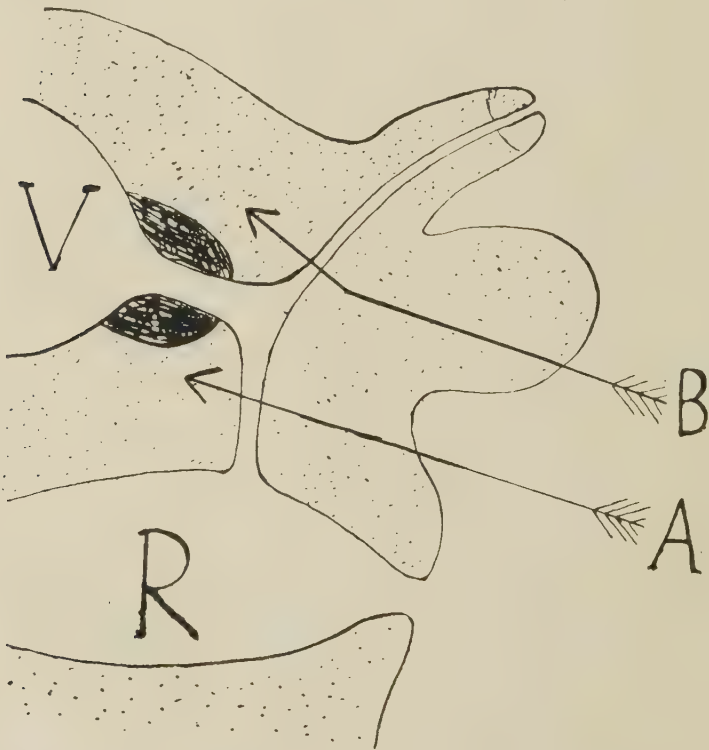


FIGURE 2

Coupe sagittale schématique de la région en position opératoire.

On finit toujours par apercevoir ainsi plus ou moins près du rectum l'orifice supérieur de l'urèthre par où arrive l'urine. Entre cet orifice et l'ampoule rectale, il existe un espace plus ou moins long au niveau duquel on incise transversalement pour séparer le rectum de l'urèthre. Même lorsqu'il y a adossement des deux organes sans canal intermédiaire, la traction sur l'urèthre permet de pédiculiser le pertuis de communication et une simple section transversale du pédicule artificiellement créé réalise la séparation. On décolle ensuite au doigt le rectum de l'urèthre aussi loin que possible sur une étendue d'au moins 2 centimètres.

d) Suture des orifices.

Du côté du rectum, on passe en bourse un fil de lin à travers toute l'épaisseur de la paroi rectale. A l'aide d'un stylet porte-aiguille, les deux chefs sont entraînés dans le rectum, noués et laissés pendants hors de l'anus.

Par la plaie périnéale, on fait ensuite au catgut deux ou trois points d'enfouissement destinés à fermer cette première fermeture.

La suture de l'urèthre n'est pas indispensable. On engage simplement par le méat une sonde de Nelaton et on la dirige par la plaie périnéale dans l'orifice uréthral supérieur. Elle pénètre ainsi dans la vessie et l'urine doit s'écouler goutte à goutte par son pavillon. Si la chose paraît facile, on suture alors l'urèthre : un premier plan occlusif, un second de protection prenant point d'appui sur les parties molles.

e) Reconstitution du périnée :

Il est inutile de tenter la réunion par première intention. En l'absence de cystostomie de dérivation, elle a toujours échoué et a amené l'échec complet de l'inter-

vention (Reverdin, Lejars), même lorsque la suture de l'urèthre paraissait satisfaisante.

Il faut laisser la plaie périnéale largement béante et la tamponner en abandonnant à la granulation le travail d'oblitération.

Tout au plus pourrait-on recourir au procédé récemment indiqué par Rochet. Il consiste, pour assurer plus complètement l'isolement du rectum, à fixer dans la plaie périnéale une lame de caoutchouc rectangulaire maintenue par des points de fil de soie à ses angles et ses bords latéraux.

Soins post-opératoires

Il est nécessaire de constiper l'enfant le plus longtemps possible, sept à huit jours au moins, et de n'évacuer le rectum qu'après avoir ramolli les matières par un lavement d'huile et de glycérine.

La sonde à demeure est toujours mal supportée. Elle s'obture très facilement ou est expulsée. Mais si la plaie périnéale a été laissée largement ouverte, il est inutile de chercher à la remplacer. Même si toute l'urine passe par voie périnéale, l'urèthre finit toujours par s'obturer et la cicatrisation est complète en trois ou quatre semaines.

Résultats

Les résultats éloignés de l'opération paraissent excellents. La guérison a été complète dans tous les cas publiés. Cependant il faut se rappeler que les fistules recto-uréthrales congénitales peuvent se tarir spontanément pendant longtemps. Aussi, comme dans toute malformation congénitale, faut-il attendre des années avant d'avoir la certitude d'un résultat parfait.

CONCLUSIONS

1° Les abouchements uréthraux du rectum s'accompagnent toujours d'atrésie ou d'imperforation de l'orifice anal.

2° La communication siège généralement sur l'urèthre au voisinage du véru-montanum et est toujours accessible par le périnée.

3° Elle se présente soit sous forme d'un pertuis sans trajet, soit sous forme d'un canal long et étroit, toujours insuffisant à lui seul pour évacuer la totalité des matières.

4° En l'absence d'intervention précoce, la mort survient en général par occlusion. Si au contraire un anus est créé, la communication recto-uréthrale s'oblitére ou se rétrécit au point de ne provoquer que des troubles minimes.

L'infection urinaire en particulier est exceptionnelle.

5° En dehors de circonstances anatomiques spécialement favorables à une libération immédiate du rectum et de l'urèthre, le traitement de choix sera à la naissance l'opération d'Aumussat et elle seule, sans aucune intervention sur la communication recto-uréthrale.

6° S'il persiste une fistule recto-uréthrale gênante, on pourra vers la cinquième année en pratiquer la cure radicale. Le temps essentiel de l'opération consistera à isoler largement le rectum de l'urèthre en laissant la plaie périnéale largement béante.

OBSERVATIONS

Nous ne publions que 20 observations choisies parmi les plus récentes.

De nombreuses autres ont été signalées par Bodenhamer en 1860, Cripps en 1882, Grisel en 1905 ; elles ont servi de bases à leurs travaux, et il est facile de s'y reporter.

Nos trois premières, seules, sont relativement anciennes et ont déjà été comptées dans les statistiques des auteurs précédents. Elles nous ont paru cependant si démonstratives que nous avons cru devoir les faire figurer de nouveau dans cette étude.

OBSERVATION 1.

Imperforation de l'anus avec communication recto-urétrale.

Enfant non opéré mort le 3^e jour. Autopsie.

(BERNARD. *Gazette Médicale*, Paris, 1847, p. 1006.)

Compte rendu de l'autopsie : colon très distendu. Vessie vide. Immédiatement au-dessous de la prostate et à la partie postérieure de l'urèthre dans sa partie membraneuse venait aboutir l'extrémité inférieure du gros intestin qui, dilaté dans toute son étendue, s'était tout à fait rétréci à sa partie inférieure à tel point que son ouverture de communication avec le canal urétral n'avait pas un diamètre plus grand que celui de l'urèthre même. On remarquait autour de la portion rétrécie du rectum qui venait aboutir à l'urèthre quelques fibres musculaires pâles disposées circulairement et venant s'attacher derrière le public. Ces fibres semblaient être les rudiments du sphincter anal et du releveur de l'anus. Ces deux muscles, en effet, n'existaient pas à leur place normale.

OBSERVATION 2.

Absence d'anus. Issue de méconium par le méat. Opération d'Amussat sans libération recto-urétrale. Guérison avec persistance d'une fistule recto-urétrale, maintenue 18 ans après.
(VIGNARD. *Gazette médicale de Nantes*, 1883. P. 129.)

Enfant de un jour pris quelques heures après sa naissance de vomissements alimentaires, puis bilieux.

Expulsion de méconium par le méat.

Pas trace d'anus. Verge bien développée avec méat urinaire à la racine du frein. De la racine des bourses au coccyx, il existe un raphé très marqué constituant une crête épaisse et charnue de 4 à 5 cm. de long sur 1 cm. de haut.

Opération : incision antéro-postérieure.

Libération des lèvres de l'incision. Il semble y avoir de chaque côté, à égale distance des ischions, un tissu résistant où l'on croit reconnaître les fibres charnues antéro-postérieures ayant la direction antéro-postérieure des fibres extrinsèques du sphincter.

Le rectum est trouvé à 5 ou 6 cm. de profondeur et suturé à la peau. Celle-ci est attirée vers l'intestin qui ne descend pas d'une manière appréciable.

Un mois après, on ramène l'enfant qui depuis 8 à 10 jours rend de nouveau des matières fécales, par la verge et ne laisse échapper par l'anus que des gaz. Ventre ballonné. Cris incessants.

L'ouverture faite au rectum, très rétrécie, est agrandie : les accidents disparaissent.

Quinze mois après, l'enfant est magnifique. Il ne rend que très rarement des matières par la verge. Anus d'apparence presque normale.

En juillet 1883, 18 ans après l'opération, la communication recto-urétrale persiste et l'urèthre laisse passer des matières cales lorsqu'il y a un peu de diarrhée. Le malade se plaint d'être obligé de se priver de raisins dont les pépins s'engagent dans l'urèthre et provoquent de vives douleurs. Il croit aussi qu'il passe parfois un peu d'urine dans le rectum.

Il n'y a pas d'incontinence des matières. La santé est très bonne et le malade fait un métier rude d'agriculteur.

OBSERVATION 3.

Abouchement urétral du rectum. Opération d'Amussat sans libération recto-urétrale.

Guérison sans signes de fistule recto-urétrale maintenue au bout de 8 mois.

(DURET. Congrès français de Chirurgie, 1885. P. 628.)

Nouveau-né amené 4 heures après sa naissance. Aucune tare apparente. La mère a eu auparavant 5 enfants sans malformations.

A la place de l'anus, on voit une sorte de renflement saillant de couleur foncée. Pas trace de méconium.

Opération : Incision médiane. On pénètre de 2 cm. sans trouver vestige de l'ampoule rectale ou du cordon fibreux qui, dans certains cas, l'attache au périnée. On s'aperçoit alors que, au moment où l'enfant fait effort et où le périnée bombe, un peu de méconium sort par l'urèthre.

Un stylet est introduit dans l'urèthre, il se dirige vers la courbure du sacrum, et en faisant basculer son extrémité externe, on sent son extrémité boutonnée dans la partie antérieure de la plaie périnéale. Ponction à ce niveau, au bistouri. Du méconium s'écoule. L'ampoule est alors attirée en bas, avec assez de difficultés, et fixée à la peau. L'intestin descend si mal qu'il attire la peau en haut et forme un orifice infundibuliforme.

Guérison complète qui se maintient 8 mois après sans que les matières passent par l'urèthre.

OBSERVATION 4.

Abouchement urétral du rectum. Incision périnéale. Ouverture du cul-de-sac de Douglas qui est pris pour l'ampoule rectale. Mort.

(BROCA, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, p. 79.)

Enfant âgé de vingt jours sans trace d'anus. Rend par l'urèthre matières et gaz. Malgré cela il s'élève assez bien, mais

sachant que dans ces cas l'abouchement anormal est fatalement insuffisant, on décide l'intervention.

Une bougie est introduite dans l'urèthre et bientôt on la sent dans le fond de la plaie périnéale. Pour parvenir jusqu'à elle on traverse un tissu d'aspect fibreux, dense, dur, assez épais. Elle fait alors saillie au périnée et derrière elle on trouve une cavité qui est ouverte. Cette cavité a une paroi d'aspect séreux et non muqueux.

Elle ne contient pas de méconium. On se prépare donc, après y avoir introduit un stylet, à chercher autre chose vers le sacrum lorsque par l'orifice sort avec bruit un mélange de gaz et de liquides. On décide alors de s'en tenir là et une fois la suture achevée le phénomène se reproduit à plusieurs reprises. Mais, à partir de ce moment l'enfant ne rend plus ni gaz, ni urines et il succombe 48 heures après avec le ventre ballonné.

A l'autopsie, le rectum est assez élevé, mais néanmoins fort accessible. Il se continue en un canal étroit et fibreux qui va s'ouvrir dans la partie membraneuse de l'urèthre. A droite de ce canal, on avait ouvert et suturé à la peau le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal.

Il n'y avait pas trace de péritonite.

Outre cette malformation, il existait un rein unique, transversal, avec un uretère de chaque côté.

OBSERVATION 5.

Abouchement uréthral du rectum. Opération d'Amussat. Persistance de la fistule recto-uréthrale et issue de matières par le méat à l'occasion de crises d'occlusion, par rétrécissement cicatriciel de l'anüs créé.

(BROCA, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, p. 79.)

Enfant de 4 ans opéré en province d'une imperforation anale dès sa naissance. Aucune malformation semblable dans la famille.

Dès la naissance, des matières passaient par la verge. Après établissement de l'anüs périnéal, les matières cessèrent de passer pendant un certain temps. Mais peu à peu l'anüs se rétrécit, les matières passèrent de nouveau et des crises d'occlusion de plus en plus fréquentes et graves se manifestèrent.

A l'examen, on constate que l'anüs est situé au fond d'un entonnoir cicatriciel et admet à peine une sonde de femme. Des matières très épaisses et noires passent par l'urèthre.

Le 12 juin, une purgation ordonnée provoque coliques et vomissements.

Le 13 juin, rectotomie postérieure qui ouvre une ampoule rectale pleine de matières fécales dures et noires et d'un grand nombre de noyaux de fruits ayant séjourné sans doute plus d'un an. Une bougie introduite dans l'urèthre ressort par l'incision périnéale.

La communication occupe probablement la région membraneuse de l'urèthre et s'ouvre dans le rectum très près de la plaie.

Suture de la muqueuse rectale à la peau.

La réunion immédiate échoua et les fils qui avaient coupé furent enlevés le 8^e jour.

L'enfant repartit pour la province 10 jours après l'opération avec une plaie granuleuse sans trace d'inflammation.

L'enfant ne fut pas ramené et la cure radicale de la fistule ne put donc être faite comme on se le proposait.

OBSERVATION 6.

Abouchement urétral du rectum. Opération d'Amussat. Guérison avec persistance d'une fistule recto-urétrale.

(BROCA. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, p. 79.)

Edouard A..., né le 4 octobre 1892. Aucun antécédent héréditaire à signaler. Un frère bien portant âgé de 7 ans.

L'enfant n'ayant pas rendu de méconium, on prescrivit le lendemain de la naissance un lavement. On s'aperçut alors que l'anus était imperforé.

Le 6 octobre, l'enfant est amené à l'hôpital. Il ne vomit pas, mais refuse de boire. Le ventre n'est pas ballonné.

Quand l'enfant crie, il n'y a pas de poussée nette au périnée. Les ischions sont assez rapprochés, mais la pulpe de l'index peut s'engager entre eux. Il sort par la verge du gaz et des matières : quand l'enfant crie des bulles de gaz éclatent au méat sans urine mélangée.

Opération : incision périnéale médiane des bourses au coccyx. Recherche de l'ampoule, abaissement et incision. Il sort des gaz puis quelques minutes après du méconium.

Une bougie introduite dans l'urèthre ressort par la plaie périnéale. Suture en collerette de la muqueuse rectale à la peau.

L'opération fut suivie de succès. L'enfant partit en Suisse quelques jours après.

D'après le père, il présenterait un écoulement des urines par le rectum.

OBSERVATION 7.

Fistule recto-urétrale congénitale chez un enfant ayant subi à la naissance l'opération d'Amussat. Opération. Guérison après deux échecs de tentatives de suture immédiate du périnée.

(REVERDIN. Congrès français de chirurgie, 1901, p. 865). Cette observation concerne sans doute le même enfant que l'observation précédente.

Garçon de 8 ans, né le 4 octobre 1892. Un frère bien portant. Opéré d'imperforation anale le lendemain de sa naissance par Broca.

Si le cours des matières était assuré, l'urine passait en grande partie dans l'intestin et y entretenait de la diarrhée.

Verge bien conformée. Anus artificiel très large. Une bougie introduite par le méat ressort par l'anus. Elle parcourt 9 cm. avant d'arriver à l'orifice fistuleux où le doigt introduit dans le rectum la sent. L'orifice rectal est à 2 ou 2,5 cm. au-dessus de l'anus.

Lorsque l'enfant urine, le liquide s'échappe en partie par le rectum, en partie par le méat.

Un peu plus de la moitié semble passer en général par l'intestin.

Pour les matières fécales, il y a incontinence complète et le plus ordinairement de la diarrhée.

Aussi beaucoup de soins de propreté sont nécessaires.

1° Opération : incision périnéale, dissection au delà de la communication, suture des 2 orifices, tentative de réfection du périnée. Echec de la suture urétrale.

2° Opération plastique destinée à oblitérer la fistule urétrale persistante. Echec.

Abandon de la plaie périnéale au travail de granulation. Oblitération. Guérison durable.

Au cours de ces interventions, la sonde à demeure, qui avait été placée, fut très mal tolérée. Elle se bouchait constamment, si bien qu'on dut se résoudre à l'enlever 17 jours après l'opération alors que l'urine passait encore par le périnée : cependant le malade urinait sans se mouiller par la verge à la seule condition qu'on prit soin de comprimer la fistule au moment de la miction.

OBSERVATION 8.

Abouchement urétral du rectum avec imperforation anale. Tentative infructueuse de création d'un anus périnéal. Colostomie inguinale. Mort.

(FLEWSING et STEVEN. *Glasgow medical journal*, 1893, p. 254.)

Enfant âgé de 3 jours. A la place de l'anus on trouve une simple fossette et un raphé médian allant de l'anus à la partie antérieure du périnée.

Des gaz et des matières passent par l'urèthre.

Intervention : incision périnéale d'une profondeur de deux pouces. On ne trouve aucune masse intestinale et l'on juge préférable de ne pas pousser plus avant.

Le lendemain, on trouve une distension abdominale considérable et des matières passent toujours par l'urèthre. Comme l'enfant est très faible et que l'incision du périnée a été la veille aussi profonde que la prudence le permettait, on fait une colostomie inguinale gauche. Les jours suivants, les matières cessèrent presque complètement de passer par l'urèthre. Mort le 11^e jour.

L'autopsie ne put être faite, mais l'on put faire un examen par la brèche de la colostomie : en passant une sonde dans l'anse sigmoïde, on arrivait sur le plancher de l'incision périnéale qu'une couche très mince de tissu semblait séparer de l'extrémité de l'instrument. Il était impossible de faire passer l'eau du rectum dans la vessie. En distendant le rectum avec de l'eau sous pression, on voyait sourdre un mince filet par l'urèthre. Il était ainsi évident que le rectum communiquait avec l'urèthre par un canal très étroit au-dessous de la portion prostatique.

OBSERVATION 9.

Abouchement urétral du rectum avec imperforation anale. Opération d'Amussat à la naissance. Persistance de la communication recto-urétrale. 2 opérations à l'âge de 5 ans avec tentatives de réunion périnéale immédiate. Echecs. Nouvelle intervention laissant la plaie périnéale béante. Guérison.

(LEJARS, *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1894, p. 630).

Enfant de 5 ans né avec une imperforation anale et opéré dès le lendemain de sa naissance à l'hôpital des Enfants Malades. Aucun renseignement sur cette intervention.

Aujourd'hui, l'anus est parfaitement constitué. Mais dès le

premier âge, l'enfant perdait ses urines par le rectum en proportion variable, mais toujours en notable quantité. Depuis 2 ans, la mère avait remarqué en outre que l'urine émise par l'urèthre était souvent souillée, fétide, noirâtre et qu'avec elle les matières fécales s'échappaient de temps en temps. A plusieurs reprises, le fait avait été constaté dans le service. De plus, le petit garçon était constamment mouillé et le liquide s'écoulant de façon continue par l'anus entretenait l'irritation de cette région et une malpropreté répugnante.

Une bougie introduite par l'urèthre s'engageait immédiatement dans le rectum et sortait par l'orifice anal. En refoulant avec une valve la commissure postérieure de l'anus on découvrait alors en avant, à une hauteur de 15 mm. environ le trajet fistuleux recto-urétral sous forme d'une fente verticale masquée par les plis de la muqueuse et occupant le fond d'une sorte d'infundibulum. Il était malaisé par suite d'en déterminer les dimensions exactes, mais il paraissait mesurer au moins 1/2 cm. Il occupait la région membraneuse de l'urèthre à sa partie supérieure et créait une communication large entre les 2 canaux adjacents sans nulle interposition valvulaire.

1^{re} Intervention :

Une bougie est introduite dans la fistule. Incision transversale au devant de l'anus ; décollement de la paroi antérieure du rectum jusqu'au contact de la bougie. Séparation des orifices fistuleux urétral et rectal. Suture isolée de l'un et de l'autre. Sutures périnéales profondes réunissant les bords latéraux du losange qui résultait de l'incision périnéale. Sonde à demeure, constipation. La sonde à demeure fut mal tolérée et, dès le lendemain, il fallut la retirer. La miction ne s'en faisait pas moins par l'urèthre. La réunion périnéale fut complète et l'on avait lieu d'espérer un bon résultat, quand au bout de 10 jours, on s'aperçut que de nouveau les matières fécales étaient mélangées à l'urine. Une deuxième tentative complémentaire échoua.

3^e Intervention quelques mois après :

Large incision. Décollement très haut de la paroi antérieure dépassant de plus de 1 cm. le bord supérieur des orifices fistuleux. Suture isolée des 2 orifices. Plaie périnéale laissée béante et tamponnée à la gaze iodoformée. Sonde à demeure. Constipation entretenue par le sous-nitrate de Bismuth.

Cette fois, la sonde à demeure fut bien tolérée et resta 14 jours en place. La constipation fut maintenue 3 semaines. La plaie périnéale bourgeonna très vite et au bout d'un mois elle était entiè-

rement cicatrisée. La miction se faisait dès lors exclusivement par l'urèthre.

L'enfant revu à plusieurs reprises resta complètement guéri.

OBSERVATION 10.

Abouchement anormal du rectum dans l'urèthre postérieur. Issue de méconium par l'urèthre constatée dès la naissance. Opération d'Amussat avec libération de l'urèthre. Guérison maintenue 3 ans après l'intervention.

(GRISEL. *Revue d'Orthopédie*, 1905, p. 449.)

P. Niel, 2 jours, né à terme le 11 juin 1901. Accouchement normal.

Malformations multiples : doigt supplémentaire, bec de lièvre unilatéral total gauche avec fissure velo-palatine.

Le 1^{er} jour, il n'y a pas d'évacuation d'urines ni de méconium. Le 2^e jour, l'enfant émet une urine de coloration normale, mais comme il ne rend pas de méconium, l'attention est appelée sur la région périnéale qui ne présente pas trace d'anus.

A l'examen, on constate un fait nouveau : c'est qu'il s'écoule par le méat uréthral un liquide brun noir qui souille les organes génitaux externes et la face interne des cuisses. Il existe à la place de l'orifice anal, une très légère dépression. Pas d'impulsion périnéale. Ecartement normal des ischions.

Opération le 13 juin 1901 : l'enfant est légèrement anesthésié dans la position de taille.

Le périnée est incisé sur la ligne médiane de la fossette anale à la pointe du coccyx.

A 3 centimètres, on trouve l'ampoule rectale qui est ouverte, séparée de la paroi uréthrale avec laquelle elle communique largement, abaissée et suturée à la plaie périnéale après fermeture en bourse de l'orifice uréthral anormal.

L'enfant est revu les jours suivants; les matières sont évacuées facilement. Il ne se produit rien d'anormal du côté des voies urinaires.

Dans la suite, la guérison s'est maintenue parfaite et il n'y a rien d'autre à noter que l'apparition d'un prolapsus de la muqueuse rectale qui est opéré le 31 juillet (rétrécissement de l'orifice ano-cutané par enlèvement d'un segment losangique à la partie postérieure).

3 ans après l'intervention, l'orifice anal est suffisant et contient.

OBSERVATION 11.

Abouchement urétral du rectum avec imperforation anale. Anus iliaque. Altération de l'état général. Anus périnéal. Mort.

(DELÉPINE. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1905. P. 38.)

Enfant de 8 jours amené à l'hôpital pour imperforation. Depuis la naissance, il rend des matières par le méat, mais d'une façon insuffisante : il y a des vomissements, du ballonnement, l'état général est mauvais.

Le périnée ne bombe pas dans les cris, et il est donc probable que l'ampoule rectale est haute.

Devant la gravité des phénomènes, le professeur Delassus fait un anus iliaque. Pendant quelques jours, l'orifice urétral laisse passer encore quelques matières, puis plus rien.

Mais l'enfant, nourri artificiellement, ne tarde pas à dépérir. Une amélioration permet cependant de faire, 70 jours après la première intervention, un anus périnéal. L'ampoule est à 3 cm. du plancher pelvien. L'opération réussit, mais l'état général périclité.

Mort 22 jours après.

Autopsie : La communication intéresse la portion prostatique du canal urétral. La fistule est très étroite et admet à peine un stylet. Du côté rectal, la fistule n'atteint pas le point le plus déclive : l'intestin descend de quelques centimètres au-dessous.

OBSERVATION 12.

Imperforation anale. Issue de méconium par l'urèthe. Rétention d'urine. Opération d'Amussat sans libération recto-urétrale. Guérison.

(CATHALA. *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, 1911. P. 367).

Enfant né le 26 mai, à 15 heures. Amené à l'hôpital le 29 mai. Etat général grave. Teint pâle, traits tirés, aspect souffreteux. Température 38°2. Poids : 2.850. Ventre fortement ballonné. Circulation collatérale très développée. Paroi abdominale considérablement œdématiée dans sa portion sous-ombilicale.

Absence complète d'anus. C'est à peine si au centre de la région anale, on aperçoit une très légère dépression au point où se termine le raphé périnéal.

La verge ne présente pas d'autre anomalie qu'une adhérence intime du prépuce au gland. Mais, par le méat urinaire, on voit sortir un petit boudin noirâtre formé par du méconium épaissi.

Quand l'enfant fait des efforts, quelques gaz s'échappent par le méat.

La sage-femme qui amena l'enfant raconte que cette issue de méconium par l'urèthe l'empêcha de s'apercevoir plus tôt de l'imperforation : ayant vu les couches tachées, elle ne jugea pas nécessaire d'examiner la région anale.

Aucune autre malformation. Rien d'intéressant dans les antécédents. La mère a eu déjà 5 enfants bien conformés.

Opération d'Amussat pratiquée à 11 heures du matin. Incision antéro-postérieure de 1 1/2 cm. L'ampoule rectale est découverte assez facilement et à peu de profondeur, libérée et incisée.

Il s'écoule du méconium en abondance et l'enfant peut évacuer ensuite par l'urèthre une grande quantité d'urine qui distendait la vessie.

Les bords de l'orifice du rectum furent abaissés jusqu'au niveau des téguments du périnée. Cet abaissement fut assez difficile en avant par suite de l'adhérence de la paroi rectale au niveau de la fistule recto-uréthrale. La paroi rectale fut suturée à la peau par des points séparés au catgut. 2 autres points réunirent les angles antérieur et postérieur de la plaie périnéale.

Après l'opération l'abdomen redevint souple et l'état général s'améliora rapidement. L'œdème sus-ombilical disparut.

Le surlendemain, l'enfant eut des selles vertes, liquides et de l'érythème du siège. La plaie s'infecta et comme les fils de catgut se relâchaient et que la paroi rectale semblait devoir glisser en haut, on refit, le 2 juin, quelques points de suture en V à la soie pour maintenir le rectum. Guérison.

OBSERVATION 13.

Imperforation de l'anus. Communication recto-uréthrale.

Opération d'Amussat. Persistance des vomissements que l'on attribue à une imperforation de l'œsophage. Mort.

(PIERI. *Marseille médical*, 1911. P. 22.)

Enfant de un jour n'ayant pas expulsé de matières. Vomissements et ballonnement. Infundibulum anal de 1 1/2 cm. Présence de méconium au méat.

Une miction chasse les matières au premier jet, le reste de l'urine devenant parfaitement limpide.

Périnéotomie. Incision et suture de l'ampoule qui est à 3 cm. de profondeur. On ne peut trouver la fistule recto-uréthrale facilement, et on n'insiste pas.

Le lendemain, l'enfant a expulsé du méconium mais en quantité minime; les vomissements persistent; les urines contiennent des traces de méconium au premier jet.

L'enfant, après avoir essayé de téter, se cyanose, crie, rejette ce qu'il a pris, puis redevient calme. On pense à un obstacle de la déglutition. Ne trouvant pas d'abcès rétro-pharyngien, on recourt au cathétérisme œsophagien avec une bougie N° 20. Celle-ci est arrêtée à 12 ou 13 cm. des arcades gingivales. Il faut se rendre à l'évidence et admettre une imperforation de l'œsophage au niveau de sa partie terminale.

La gastrostomie proposée n'est pas acceptée par la famille.

Mort 4 jours après.

Pas de compte rendu d'autopsie.

OBSERVATION 14.

Imperforation rectale, hypospadias pénio-scrotal, issue par l'urèthre de méconium.

Intervention la 50^e heure. Opération d'Amussat. Guérison complète le 40^e jour, avec suppression au moins fonctionnelle de la communication recto-urétrale.

(BOISSARD et COTILLON. *Bulletin Société d'Obstétrique*, Paris, 1911. P. 10.)

Enfant âgé de 50 heures, présentant :

1° Un anus imperforé : à la place de l'orifice anal, il n'existe ni dépression ni voussure.

2° Un hypospadias pénio-scrotal : par l'orifice urétral, on voit sourdre quelques gouttes de liquide noirâtre ressemblant à du méconium.

3° Des testicules en ectopie interstitielle, avec bourses bien développées.

Intervention : Incision cutanée de la racine des bourses à la pointe du coccyx; immédiatement au-dessous de la peau et du tissu cellulaire, on tombe sur le rectum distendu qui suit la convexité du périnée et va s'aboucher à l'urèthre. Libération et incision. Il s'écoule une grande quantité de méconium. Suture des bords de l'orifice créé aux bords de la plaie cutanée. Fermeture de la plaie cutanée aux crins en avant et en arrière de l'anus.

Suites : La plaie opératoire est lavée et pansée 2 fois par jour. Réunion le 6^e jour.

L'état général s'améliore. Le poids, après avoir diminué jusqu'au 10^e jour, où il atteint 2.500 gr., augmente à partir du 10^e

jour, et, à sa sortie, l'enfant pèse 2.625 gr. Etat très satisfaisant.

Actuellement, au bout de 40 jours, la réunion est complète et l'imperforation anale semble n'avoir jamais existé. L'urine s'écoule complètement par l'urèthre. Il n'existe aucune fistule.

OBSERVATION 15.

Abouchement uréthral du rectum. Opération d'Amussat sans libération recto-urétrale.

Accidents infectieux. Mort au bout de 3 mois.

(MARQUIS. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1913. P. 1425.)

Garçon de 3 semaines. Imperforation avec abouchement du rectum dans l'urèthre. Opération par voie périnéale. A 3 centimètres de profondeur, on trouve l'ampoule rectale. Mais, au lieu de libérer le rectum de ses connexions avec l'urèthre, on se contente d'abaisser l'ampoule rectale et de la suturer à la peau en laissant persister l'abouchement anormal. Les matières passèrent bien par l'orifice périnéal, mais elles continuèrent par s'échapper par l'urèthre. Dès le 10^e jour, l'enfant avait une température à 39 degrés, qui se reproduisit à trois reprises pendant les trois semaines où il resta à l'hôpital.

Il fut repris par les parents en très mauvais état, et, 3 mois après, il succombait.

OBSERVATION 16.

Absence d'anus et de rectum. Communication virtuelle entre l'intestin et l'urèthre passée inaperçue pendant la vie. Opération le 3^e jour.

Echec par voie périnéale. Laparotomie, anus iliaque. Mort.

(MULLER. *Lyon chirurgical*, 1913. P. 691.)

B... Charles, né le 12 février 1912. Imperforation ano-rectale. A 3 cm. environ en arrière du scrotum, on aperçoit une légère dépression punctiforme correspondant au siège de l'anus normal. Dans les cris, le périnée bombe légèrement. Les ischions présentent un écartement sensiblement normal. Aucune issue de méconium par l'urèthre n'est signalée.

Intervention le 3^e jour. Incision périnéale. Après avoir traversé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on incise un plan conjonctivo-musculaire pour explorer la concavité sacrée. On ne trouve pas l'ampoule. Du reste, une sonde en gomme introduite

dans l'urèthre, permet de repérer nettement ce canal ainsi que la partie inférieure de la vessie et de se convaincre que ces organes remplissent seuls la cavité pelvienne et se mettent en rapports directement en arrière avec le sacrum. Laparatomie médiane. On découvre l'S iliaque facilement. Il est distendu par le méconium et semble s'arrêter vers le promontoire à l'entrée du petit bassin. On pratique un anus contre nature.

Mort 30 heures après.

Autopsie : L'S iliaque s'arrête à l'entrée du petit bassin et se termine par un cul-de-sac du calibre de l'index. Ce cul-de-sac est amarré très court par un méso à la face antérieure du promontoire et de la colonne vertébrale. Extérieurement, le fond du cœcum terminal se prolonge par un cordon fibro-musculaire, gros comme une sonde cannelée de 3 centimètres de longueur environ. Ce cordon descend sur la face postérieure de la vessie dans le triangle interdéférentiel et pénètre en bas dans la prostate avec les canaux déférents. En ouvrant le cœcum de l'S iliaqué, on se rend compte que sa cavité se prolonge en bas dans l'épaisseur du cordon fibro-musculaire sous forme d'un petit canal muqueux très étroit. En cathétérisant celui-ci par un fil métallique, on constate qu'il vient s'ouvrir en bas par un pertuis minuscule dans l'urèthre prostatique au niveau du pôle supérieur du veru montanum. Les 2 canaux éjaculateurs s'ouvrent 2 millimètres plus bas sur les flancs du véru.

Au point de vue péritonéal, il n'y a pas de péritoine pelvien. Le cordon fibro-musculaire qui prolonge l'S iliaque, est entièrement sous-péritonéal.

La distance de l'ampoule terminale du gros intestin au périnée est de 7 centimètres.

En outre, l'autopsie fait découvrir la présence d'un rein unique, en fer à cheval, avec 2 bassinets et 2 uretères.

OBSERVATION 17.

Abouchement urétral du rectum. Opération d'Amussat sans libération recto-urétrale. Cure de la communication à l'âge de 8 ans. Mort.

A l'autopsie, un rein unique, profondément dégénéré.

(KIRMISSON. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1913. P. 1426).

Garçon de 8 ans, qui avait été opéré à la naissance d'une imperforation anale. Chez lui, la totalité des urines s'écoulait par

le rectum. Mais l'état général paraissait bon, il n'y avait pas de fièvre.

Opération : Décollement de la paroi antérieure du rectum. Fermeture de l'orifice urétral. Abaissement du rectum au périnée.

Mort, 48 heures après.

A l'autopsie, on trouve un rein unique siégeant du côté droit et profondément dégénéré.

OBSERVATION 18.

Abouchement urétral du rectum. Laparotomie. Libération du rectum. Incision périnéale. Suture de l'ampoule rectale à la peau. Mort.

(KREISS. *Monatschrift für Geburtshülfe u. Gynécologie*, 1914. P. 340.)

Garçon de 3.275 gr. L'orifice anal manque complètement. Par le méat s'écoule une matière brune, en petites gouttes, dans lesquelles l'examen microscopique révèle de grosses cellules, des débris divers et déjà du colibacille.

A la place de l'anüs se voit une saillie médiane sagittale, haute de 3 mm. environ.

Pensant être en présence d'une atrésie rectale haut située, on renonce à intervenir par le périnée pour y créer un anus et libérer le rectum de l'urèthre. On fait donc une laparotomie. La vessie est pleine et son contenu diffère de celui de l'intestin de telle sorte qu'on peut conclure que la communication siège entre le rectum et l'urèthre. Celle-ci doit, du reste, être étroite, car après incision du péritoine et dissection du tissu cellulaire du petit bassin, on ne peut la voir.

Après avoir libéré le rectum pour pouvoir l'abaisser facilement, on fait une incision périnéale.

On tombe d'abord sur la vessie qu'on récline, puis sur le rectum qu'on abaisse et suture à la peau.

Mort après l'opération.

OBSERVATION 19.

Abouchement urétral du rectum avec issue d'urines et de matières par l'urèthre. Colostomie. Mort 4 jours après.

(KNAPP, cité par Brenner, in *Surgery Gynecology*, 1915. P. 579).

OBSERVATION 20 (inédite).

Imperforation ano-rectale avec issue de méconium par l'urèthre. Opération d'Amussat. Guérison avec persistance d'une fistule recto-urétrale.

Cure de cette fistule à l'âge de 6 ans 1/2. Guérison.

François P..., né le 8 décembre 1919.

Imperforation ano-rectale avec émission d'urines colorées par le méconium.

Opération d'Amussat (Professeur Brindeau). L'ampoule est trouvée à 4 ou 5 cm. du périnée et facilement abaissée à la peau. Guérison.

Depuis la naissance, la constipation est habituelle, mais sans crise d'obstruction. Les matières sont souvent laminées. L'anus est continent même pour les gaz. Ce n'est qu'en cas de grande diarrhée qu'il y a incontinence, d'ailleurs relative. Les mictions sont intermittentes et volontaires, mais l'enfant urine à la fois par la verge et par l'anus. Les urines sont tantôt claires, tantôt colorées par les matières. Jamais celles-ci ne passent par l'urèthre, mais des gaz sont émis parfois au moment des efforts. Une fois, un pépin de raisin s'engagea dans l'urèthre et provoqua de vives douleurs.

Jamais d'infection urinaire ni de cystite. Exploration locale sous anesthésie : un spéculum de vierge est introduit dans l'anus scléreux à la faveur d'une incision postérieure de 5 à 6 millimètres, dirigée vers la pointe du coccyx. Malgré un éclairage à l'aide d'une lampe endoscopique, on ne voit rien sur la face antérieure du rectum. Une fine bougie olivaire est alors introduite par l'urèthre. Très facilement, elle arrive dans le rectum à 4 ou 5 cm. au-dessus de l'anus, débouchant au-dessus d'un petit repli transversal.

Opération le 8 mai 1926 (Professeur Ombrédanne). L'avant-veille, purgation à l'huile de ricin. La veille, 2 centigrammes d'extrait thébaïque. Position de taille. Incision périnéale transversale d'un ischion à l'autre, après introduction d'une sonde dans le trajet recto-urétral. On arrive bientôt à percevoir le contact de la sonde. On pense être sur le trajet recto-urétral et on incise alors transversalement ce trajet sur la moitié de son diamètre. On a lors la surprise de constater que l'urine arrive par l'extrémité inférieure de la plaie. Il est donc probable qu'on est sur l'urèthre même. D'avant en arrière, sur la ligne médiane, on incise verticalement sur la saillie perceptible de la sonde, sur 8 millimètres environ. On aperçoit alors

nettement, en avant, l'orifice antérieur de l'urèthre; un peu en arrière, sous la sonde, l'orifice par où arrive l'urine, et, plus en arrière enfin, à quelques millimètres à peine, l'orifice rectal. Il n'existait donc pas de trajet intermédiaire, mais rectum et urèthre étaient juxtaposés.

Décollement du rectum et de l'urèthre poussé 2 cm. au-dessus de l'orifice de communication.

Suture de l'orifice rectal par un fil en bourse dont les 2 chefs sont entraînés dans le rectum et laissés pendants hors de l'anus. Suture de l'urèthre. On tente alors la réunion du périnée par première intention. Avec l'aiguille de Doyen, on place 5 bons crins de Florence prenant les parties molles jusque dans la profondeur tout au moins pour le point central qui est placé le premier; la réunion ainsi réalisée transforme en une ligne de suture antéro-postérieure l'incision transversale bis-ichiatique.

La sonde à demeure est mise en communication comme de coutume avec un réservoir.

La constipation est entretenue jusqu'au 8^e jour, par une dose biquotidienne de 1 centigramme d'extrait thébaïque. Le jour de l'opération et le surlendemain, injection de 1 1/2 cm³ de propidon.

Suites opératoires.

Au cours de la première nuit, la sonde est expulsée dans un effort de miction. L'infirmière la remet en place sans difficulté.

Le 3^e jour, élévation de température à 38°8 et rougeur périnéale. On fait donner à l'enfant quelques bouffées d'éther et on désunit le périnée : au centre de la plaie, le tissu cellulaire présente un aspect grisâtre de mauvais aloi. On voit sourdre de l'urine de l'extrême profondeur. La plaie est laissée largement ouverte et tamponnée mollement avec de la gaze imprégnée d'un bouillon-vaccin polyvalent (31 de Grémy).

Le 5^e jour, la sonde à demeure, très incrustée, est expulsée brusquement. On ne cherche pas à la remplacer. A partir de ce moment, toute l'urine passe par la plaie périnéale. Fait intéressant, l'écoulement de l'urine est incessant, ce qui permet de conclure qu l'orifice de communication avec l'urèthre est situé au-dessus du sphincter membraneux. Par contre, le rectum reste rigoureusement clos. Par la plaie ne passent ni gaz ni matières. Le fil de lin sort toujours par l'anus.

La situation reste inchangée jusqu'au 8^e jour où l'on décide l'évacuation du rectum. Celle-ci, très laborieuse, est obtenue par lavements; mais les manœuvres n'ont pas compromis la so-

lidité de la cicatrice de l'orifice rectal : les matières passent par l'anus et rien que par l'anus. Le fil rectal est toujours en place.

A partir du 10^e jour, spontanément, l'urine recommence à passer par l'urèthre pénien, d'abord partiellement et par intermittences, puis en totalité.

Le 18^e jour, il ne passe plus une goutte d'urine par la plaie périnéale qui se comble très rapidement. Le fil rectal sort toujours par l'anus et des tractions assez accentuées ne le font pas se détacher.

Le 31 mai (23^e jour), l'enfant quitte la clinique; la plaie périnéale est cicatrisée. Il ne passe ni urines par le rectum ni matières par l'urèthre. Cependant, au moment de la poussée terminale, quelques bulles gazeuses passent encore par l'urèthre.

Entre le 31 mai et le 19 juin, cette sortie des bulles est intermittente.

Depuis le 19 juin, il n'est plus sorti aucune bulle. Actuellement (29 juin), les mictions sont normales. La pollakiurie qui avait existé avec polyurie a disparu.

Le début de la miction n'est jamais pénible : l'enfant n'est jamais obligé de pousser pour uriner; il n'y a donc aucun signe de rétrécissement. Enfin les urines sont toujours limpides.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

Le Président de thèse,

OMBREDANNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERS. — Ueber das operative Verfahren, etc., in *Archiv. f. Klin. Chir.* B. 1893, p. 489.
- ANNE. — Thèse Paris, 1879.
- ARQUELLADA. — Malformations ano-rectales, in *El siglo Médico*, 1912, p. 2, 51, 82, 164.
- BARDET. — Imperforations de l'urèthre. Société Chirurgiens, Paris, 1923.
- BERNARD. — *Gazette médicale*, Paris, 1947, p. 1006.
- BODENHAMER. — Congénital Malform. of the Rectum. N.-York, 1860.
- BOISSARD. — *Bulletin Société d'Obstétrique*, Paris, 1911, p. 100.
- BOUISSON. — Vices de conformation du rectum. Thèse d'agrégation, Paris, 1851.
- BOUTY. — Thèse Bordeaux, 1908, N° 41.
- BRENNER. — Congenital absence of anus and rectum. *Surgery gynecology Obstetrics*, 1915, p. 579.
- BROCA. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, p. 79.
- BROCA. — *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1908, p. 52.
- CATHALA. — *Bulletin Société d'Obstétrique*, Paris, 1911, p. 367.
- CRIPPS. — S' Bartholomew's Hospital. Rep., vol. XVIII, p. 1882.
- CRISTOL. — Abouchements vésicaux du rectum. *Journal d'Urologie méd. et chir.*, 1922, p. 243.
- DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.
— — — — — Fistules uréthro-rectales. *Bulletin médical*, 1911.
- DELÉPINE. — *Journal des Sciences médicales*, Lille, 1905, p. 38.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- DURET. — Congrès français de chirurgie, 1885.
- FLEWSING et STEVEN. — Specimen of imperforate anus with etc., *Glasgow Medical Journal*, 1893, p. 254.
- FLORENCE. — Un cas de malformation ano-rectale. *Archives provinciales de chirurgie*, 1910.
- FOATA. — Thèse Lyon, 1900. N° 76.
- GRAHAM. — Malformations ano-rectales. Proctologist Saint-Louis, 1908.

- GRISEL. — Revue d'Orthopédie, 1905, p. 449.
- GUYON. — Vices de conformations de l'urèthre. Thèse d'agrégation. Paris, 1863.
- GUYOT. — Fistules U. R. Thèse Paris, 1901-1902. N° 309.
- HARDOUIN. — L'avenir des enfants opérés d'imperforation ano-rectale. Thèse Paris, 1908.
- HARRIS. — Congenital absence of the penis wirth, etc. *Philadelphia Medical Journal*, 1898, p. 172.
- JEANNIN. — Un cas d'abouch. anormal du rectum. *Bulletin Société d'Obstétrique*, Paris, 1910.
- JOYEUX. — Thèse Nancy, 1912.
- KEITH. — Malformations ano-rectales. *British méd. Journ.* 1908, p. 1736.
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale.
- Rapp. de 2 cas d'abouchements anormaux, in Société de Chirurgie, Paris, 1913.
- Imperforations anales. *Journal des Praticiens*, 1913.
- KREISS. — Monatschrift für Geburtshülfe U. gynec., 1914.
- LAVAL. — Traitement des fistules U. R. *Bulletin Assoc. franç. de chirurgie*, Paris, 1904.
- LEJARS. — Leçons de chirurgie.
- LENEUTRE. — Fistules U. R. Thèse Lyon, 1919. N° 44.
- MAITRE. — Thèse Lyon 1887.
- MARION. — Fistules U. R. *Journal d'urologie*, 1918.
- MARQUIS. — Abouchements anormaux du rectum. Soc. Chirurgie, Paris, 1913.
- La Gynécologie, 1914.
- MAUCLAIRE. — Malform. de l'anus. *Gaz. Hôpitaux*, 1911, N° 45.
- MULLER. — Lyon chirurgical, 1913, page 691.
- MORESTIN. — Discussion du cas de Reverdin. Congrès Chirurgie, Paris, 1901.
- PIERI. — Imperforations ano-rectales. *Marseille Médical*, 1911, p. 22.
- POUSSON et DESNOS. — *Encyclopédie française d'Urologie*. T. V.
- PRINCETEAU. — Malformations ano-rectales. Congrès chirurgie, Paris, 1907.
- PUECH. — Malformations ano-rectales. Thèse Montpellier, 1890.
- REVERDIN. — Fistule uréthro-rectale. Congrès chirurgie, Paris, 1901.
- ROBERT. — Malformations ano-rectales. Thèse Lyon, 1896.
- ROCHET. — Un traitement simple des fistules U. R. Lyon chirurgical, 1925.

- STONE. — Congenital malf. of the bowel. *Boston. M. et S. Journal*, 1917, p. 188.
- TARUFFI. — Cité par Delbet in *Traité de Chirurgie*.
- TÉDENAT. — Fistules U. R. *Montpellier Médical*, 1903.
- TRÉLAT. — Article Anus du dictionnaire de Dechambre.
- VIGNARD. — Abouchement anormal du rectum. *Gazette Médicale*.
Nantes, 1883, p. 129.
- WILKES. — Cité par Lejars in *Leçons de chirurgie*.
- WOODJONES. — *British M. Journal*, 1904, p. 1630.
- YOUNG et STONE. — Traitement des fistules U. R. *Journal Urol. Balt.*, 1917, p. 289.
- ZIEMBICKI. — Cure des fistules U. R. Congrès chirurgie, 1889.

On trouvera en outre la bibliographie sur le traitement des fistules uréthro-rectales dans la thèse de Leneutre, Lyon 1919, N° 44 et celle des abouchements anormaux du rectum avant 1905 dans l'article de Grisel, *Revue d'Orthopédie*, 1905.

